

İnme Hakkında Bilgi Broşürü

– Hastalar ve yakınları için

Dijital
olarak PDF sürüm
de mevcut:

[www.dsg-info.de/
Informationsbroschuere-
Schlaganfall](http://www.dsg-info.de/Informationsbroschuere-Schlaganfall)



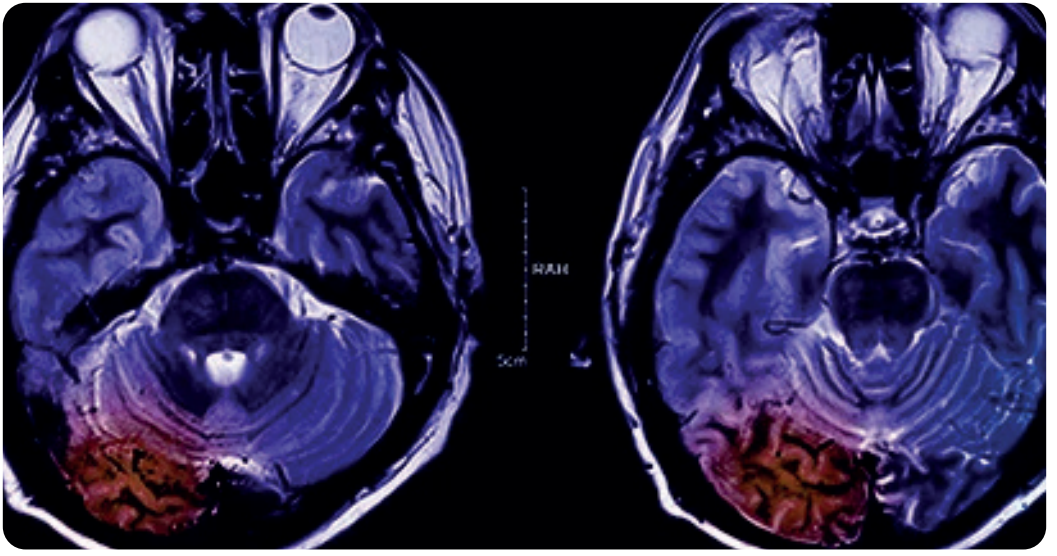
İş birliği ile



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Sevgili Hastalar, Yakınları ve Konuyla İlgilenenler,

Bu broşürde, Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG / Alman İnme Derneği) ve Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Alman İnme Yardım Vakfı) uzmanları, sizin için inme ile ilgili önemli bilgileri bir araya getirmiştir. Amaç, bu hastalığı daha iyi anlamanıza yardımcı olmak ve yaşam kalitenizi yeniden kazanmanıza destek olmaktır. Bu süreçte umutlu olmak çok önemlidir. Bu broşürde özellikle inme sonrası bakım ve yeniden bir inmenin önlenmesine yönelik tedbirlere (sekonder/ikincil önleme) yer veriyoruz. Bu broşür, doktorunuz ve tedavi ekibiyle yapılacak kişisel görüşmenin yerine geçmez. Bu broşürün amacı daha çok, tedavi ekibiyle yapılan kişisel görüşmede verilen bilgileri tamamlamak ve pekiştirmektir. Öğrenmenizi kolaylaştırmak için, sizin için önemli olan bölümleri işaretlemenizi veya işaretletmenizi öneriyoruz. Broşürdeki bilgiler, iskemik inme ve geçici iskemik atak (GİA) sonrası sekonder/ikincil önleme kılavuzlarına^{1,2}, DSG (Alman İnme Derneği) ve Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Alman Nöroloji Derneği) tarafından hazırlanan inmenin akut tedavisine ilişkin hasta kılavuzuna³ ve beyin kanamaları kılavuzuna⁴ dayanmaktadır. Ayrıca, karşılaşılabileceğiniz tıbbi terimlere aşina olmanızı sağlamak amacıyla bunları listeleyip açıkladık.



1. İnmenin Tanımı

Bir inme, genellikle kendini ani fonksiyon kayıplarıyla gösteren, beynin kritik bir kan dolaşımı bozukluğudur. İnmeyi iki farklı türe ayırıyoruz:

- Beyin enfarktüsü/beyin dokusunun ölmesi ve GİA: Bir atardamarın tıkanması sonucu yetersiz kan akışı (yaklaşık %85)
- Beyin kanaması: Bir atardamarın yırtılması sonucu kan birikmesi oluşumu (yaklaşık %15)

Bazı durumlarda tıkanmış bir atardamarda kan akışı kendiliğinden hızlıca yeniden sağlanır. Bu durumda nörolojik kayıplar sadece kısa sürelidir (dakikalar ilâ en fazla 24 saat). Bu gibi bir nöbet, GİA (geçici iskemik atak) olarak adlandırılır.

Bir GİA sonrası, tamamlanmış bir inme riski ciddi düzeyde artar. Bu nedenle, yalnızca kısa süreli nörolojik kayıplara yol açan bir GİA da tıbbi bir acil durumdur.

2. İnmenin Tipik Belirtileri

Aşağıdaki gibi ani fonksiyon kayıplarının ortaya çıkması:

- Tek taraflı veya yarım beden felci
- Tek taraflı veya yarım beden duyu bozukluğu
- Anlaşılmaz konuşma veya konuşma kaybı
- Görme bozukluğu: Görme alanı kaybı, çift görme
- Ani ve şiddetli baş ağrısı

3. İnmede Önemli ve Müdahale Edilebilir Risk Faktörleri

- Yüksek tansiyon (atardamar hipertansiyon)
- Tütün mamulleri tüketimi
- Yağ metabolizması bozukluğu (özellikle LDL kolesterol)
- Atriyal fibrilasyon (kalp ritim bozukluğu)
- Şeker hastalığı (diyabet)
- Aşırı kilo
- Hareketsizlik
- Aşırı alkol tüketimi
- Östrojen içeren doğum kontrol hapları
- Uyuşturucu kullanımı (örn. kokain, amfetamin)

Şüphe durumunda, tedavi eden hekimler tarafından takip edilen başka risk faktörleri de vardır.

4. İnmenin En Önemli Nedenleri

a) Beyin enfarktüzü/beyin dokusunun ölmesi/GİA (iskemik inme)

İskemik inmenin birçok nedeni vardır. Üç temel neden grubu ayırt edilir:

- Boyun veya kafatası tabanındaki büyük atardamarlarda ateroskleroz ("damar kireçlenmesi") (Makroanjiyopati = büyük damar hastalığı)
- Beyindeki en küçük atardamarlarda hastalık (Mikroanjiyopati = küçük

damar hastalığı)

- Kalpten pıhtı atması (kardiyak emboli)

Ayrıca, 60 yaş altında iskemik inme geçirenlerde daha yaygın görülen bazı sebepler vardır. Bunlar arasında yer alanlar:

- Beyni besleyen atardamarlarda duvar yaralanmaları (damar diseksiyonu)
- Romatizmal damar iltihapları (vaskülit)
- Ani pıhtı oluşumuna yatkınlık gösteren pıhtılaşma bozuklukları (trombofili)
- Kalp bölme duvarındaki bir açıklıktan pıhtı atması (= Paradoks emboli); Kalpte en sık görülen açıklık, PFO'dur (Patent Foramen Ovale). PFO, kalpte oldukça sık görülen bir anomalidir ve her zaman bir hastalık anlamına gelmez.

Yaklaşık her 5 inme geçiren kişiden birinde neden bulunamaz. Bu duruma kriptojenik inme denir (kriptojenik = kaynağı bilinmeyen). Bunun için bazı durumlarda İngilizce ESUS terimi kullanılır (Embolic Stroke of Unknown Source = Kaynağı bilinmeyen embolik inme)

b) Beyin kanaması

Ani (travma olmaksızın) beyin kanamaları için en önemli nedenler ve tetikleyici faktörler şunlardır:

- Yüksek tansiyon: Fark edilmeden beyindeki damar duvarlarında zayıflıklara yol açabilir ve artmış rüptür riskiyle (rüptür = doku yapısında yırtık) görülebilir. Ayrıca şiddetli tansiyon krizleri de kanamaya yol açabilir.
- Küçük damar hastalığı (amiloid anjiyopati): Protein birikimi damar duvarını zayıflatır ve yırtılma riskini artırır
- Atardamarların yapısal bozuklukları (damar anevrizması, damar malformasyonu), damar duvarları zayıf olduğu için kanama riskini arttırır
- Kanama eğilimi gösteren pıhtılaşma bozuklukları: Çeşitli hastalıklar ve ilaçlar bunu tetikleyebilir
- Damar tıkanıklığına bağlı inmenin sonradan kanamaya dönüşmesi

Beyin kanamasının daha nadir görülen nedenleri de vardır (örneğin damar iltihapları ve başka pıhtılaşma bozuklukları). Bu nedenler, gerekli görüldüğünde ek tetkiklerle araştırılır.

5. İnme Şüphesinde Acil Müdahaleler

İnme ve GlA, acil müdahaleler gerektiren tıbbi acil durumlardır.

- 112'yi arayın veya aratın.
- Hastayı konuşarak uyanık tutun, uyumasını etkin bir şekilde engelleyin
- Mevcut diş protezlerini çıkarın ve solunum yollarını açık tutun
- Hastaya yiyecek ve içecek vermeyin
- Acil yardım ekibi için gerekli bilgileri hazır bulundurun (bkz. no. 6)

6. Acil Yardım Ekibine Yönelik Önemli Bilgiler

- Bozukluklar ne zaman başladı? Kesin zaman bilinmiyorsa: Durum en son ne zaman kesin olarak normaldi (son sağlıklı zaman)?
- Mevcut ilaçlar, özellikle "kan sulandırıcılar" (ayrıca bkz. no. 10b)
- Yakınların iletişim bilgileri ve sabit veya cep telefonu numaraları

7. Hastanede Tedavi

Akut inme geçiren bir kişi hastaneye geldiğinde şu işlemler yapılır:

- Tanının doğrulanması ve inme taklidi yapabilecek diğer hastalıklardan ayırma (Stroke Mimics / inme taklitçileri)
- Gerektiğinde beyin ve damar görüntülemesi yapılır (BT ya da MRG) ve kan testleri alınır.
- Uygun durumlarda akut tedavi uygulanır: Kan akışının lizis tedavisi (pıhtının ilaçla eritilmesi) ve/veya trombektomi (pıhtının mikrokateter ile çıkarılması) yoluyla yeniden sağlanması.
- Hasta, inme ünitesinde (Stroke Unit) veya gerekirse yoğun bakımda izlenir. Burada yapılanlar:
 - Yakın klinik takip ve cihazlarla izleme
 - Rehabilitasyon çalışmalarına erken başlanması
 - İnmenin kaynağı hakkında hedefli testler yapılması
 - Erken komplikasyonları ve tekrar inme riskini önlemek amacıyla önlemler alınması (sekonder önleme)
 - İleri tedavinin, rehabilitasyonun ve uygun bakımın planlanması

8. Stroke Unit'leri (Inme Üniteleri)

a) Tanım:

Stroke Unit (SU / İnme Ünitesi), inme geçiren hastaların bakımına yönelik özel donanımlı bir ünedir. İnme ünitesi tedavisi aşağıdaki ilkelere dayanmaktadır.

- Çok branşlı ekip çalışması (ayrıca bkz. No. 8b)
- Özel olarak ayrılmış tedavi alanları
- Yakın klinik takip
- Cihazlarla izleme
- Bağlayıcı kalite standartları ve uyumlu tedavi stratejileri doğrultusunda hareket edilmesi

b) İnme ünitesi ekibi:

İnme Ünitesinin çok branşlı ekibi aşağıdaki uzmanlık alanlarını kapsar:

- Tıbbi yönetim: Genelde nöroloji bölümü tarafından yürütülür. Dahiliye yönetimindeki inme ünitelerinde nöroloji uzmanlığı hedefli şekilde dahil edilir.
- Özel eğitilmiş bakım personeli
- Fizyoterapi
- Logopedi
- Ergoterapi
- Sosyal hizmetler

Nöropsikoloji gibi diğer branşlar da, seçili durumlarda dahil edilir. Ekip dahilinde günlük olarak sıkı bir iletişim sağlanır.

9. Taburcu Yönetimi ve Sosyal Hizmetler

Ayakta tedaviye ya da rehabilitasyon ile devam eden bakım sürecine sorunsuz geçişin sağlanması amacıyla söz konusu bir taburcu yönetimi bulunmaktadır. Buna ayrıca şu hususlar dahildir:

- İhtiyaç olması halinde rehabilitasyon tedavisinin planlanması
- Gerektiğinde, ayakta tedavi süreci için fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi gibi hizmetlerin, yürüteç gibi yardımcı araçların ve evde bakım veya kısa süreli bakımın düzenlenmesi
- Tüm bilgiler ve tedavi planının bir taburcu mektubu ile takip edecek olan bölüme (genellikle aile hekimi) iletilmesi.

İlave danışmanlık veya destek, tedavi ekibi veya hastanenin sosyal hizmetleri tarafından sağlanabilir

10. Tekrar İnme Riskini Önleme (Sekonder Önleme)

İnme veya GİA geçiren kişilerde tekrar inme riski yüksektir. Bu riski azaltmak için alınabilecek önlemler şunlardır:

a) Sağlıklı yaşam tarzı (bkz. no. 11)

b) Kan pıhtılaşmasının önlenmesi:

- Sık kullanılan standart ilaç:
Günde 1 kez 100 mg ASS

- ASS alternatifi: Günde 1 kez 75 mg Clopidogrel. Belirli durumlarda ASS ile birlikte kısa süreli kullanılır. ASS ve Clopidogrel ile eş zamanlı tedavide kullanım süresini dikkate alın.
- ASS veya Clopidogrel yerine çok nadir uygulanan bir alternatif: 2 kez 90 mg Ticagrelor
- Oral antikoagülanlar (OAK): Bunlar, daha daha güçlü kan sulandırma gerektiğinde kullanılır. OAK ilaç kullanımının en yaygın nedeni atriyal fibrilasyondur. İlaçlar:
 - Apiksaban (örn. Eliquis®):
Belirlenmiş doza göre kullanım
 - Dabigatran (örn. Pradaxa®):
Belirlenmiş doza göre kullanım
 - Edoksaban (örn. Lixiana®):
Belirlenmiş doza göre kullanım
 - Rivaroksaban (örn. Xarelto®):
Belirlenmiş doza göre kullanım
 - Fenprokumon (örn. Marcumar®, Falithrom®): Bu ilaçta düzenli kan testi ile kişiye özel doz ayarlanır.

c) Tansiyonun düşürülmesi:

Bir inme veya GİA geçirdikten sonra kan basıncı, uzun vadede 140/90 mmHg değerlerinin altına düşürülmesi önemlidir. Bunu sağlamak için:

- İlaç kullanımı: Çoğu zaman ilaç kullanılması gerekmektedir. Doktorun verdiği tansiyon ilaçlarını düzenli olarak kullanın.

- Evde ölçüm: Tansiyonunuzu düzenli olarak kendiniz ölçün ve değerleri not edin. Önemli: Tansiyonuzu dinlenme halindeyken ölçmeniz gerekmektedir. Ölçüm yapmadan önce birkaç dakika sakın bir şekilde oturun. Ardından üç dakika arayla iki kez ölçüm yapın ve sadece ikinci değeri not edin.
- Yaşam tarzı ve beslenme önlemleri: Tansiyonu düşürmek için az tuzlu, az yağlı ve vitamin açısından zengin yiyecekler yiyecekler, alkolden kaçının ve düzenli egzersiz yapın.

d) Kolesterolün düşürülmesi:

İskemik bir inme sonrasında genellikle bir ilaç tedavisi gerekir. Amaç, LDL kolesterol değerinin (=kötü kolesterol) düşürmektir. Sıkça hedeflenen, LDL değerinin 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l)'nin altına veya başlangıç değerinin yarısına na düşürmektir. Risk durumunuza göre doktorunuz daha düşük hedefler de belirleyebilir. Size özel hedef LDL değerini doktorunuza sorabilirsiniz.

- Statinler: Günde 1 kez, genellikle akşam alınan temel ilaçlardır. Dozu kişiye özel belirlenir ve hem LDL düşüşüne hem de vücudun toleransına göre ayarlanır. En sık kullanılan ilaçlar:
 - Atorvastatin, Rosuvastatin, Simvastatin.
- Diğer ilaçlar: Bazı durumlarda statine ek olarak veya alternatif olarak kulla-

nılabilir. Örnekler: Ezetimib, Bempedoik asit, PCSK9 inhibitörleri.

- Yaşam tarzı ve beslenme: Sağlıklı bir beslenme ve düzenli kondisyon sporları, LDL değerlerinin düşmesine yardımcı olur.

e) Diyabet tedavisi:

Diyabet tedavisinde de hem ilaçlar hem de yaşam tarzı önlemleri uygulanır.

- HbA1c: Bu uzun vadeli kan şekeri değeri, tedavinin başarısını gösterir. Hedef değer, yaşa, eşlik eden diğer hastalıklara ve düşük kan şekeri riskine göre belirlenir.

- 65 yaş altı: HbA1c hedef değeri $\leq$ % 7,0 (% 6,5-7)
- 65 yaş itibarı: HbA1c hedef değeri $\leq$ % 7,5 (% 6,5-7,5)
- İleri yaşta: Hedef değeri < 8 %

f) İlaç uyumu:

Tüm ilaçları doktorun verdiği plana göre düzenli olarak kullanmak çok önemlidir.

11. Beslenme ve Yaşam Tarzı Önerileri

- Fiziksel hareketlilik: Haftada 150 dakika orta seviyede fiziksel hareketlilik (örn. tempolu yürüyüş veya bisiklete binme) ya da 75 dakika yoğun fiziksel hareketlilik (örn. koşu) idealdir. Kademeli bir artış önerilir. Ağır engellilik (örn. felç) durumunda, rehabilitasyon kapsamında spor aktiviteleri için uygun olanaklar değerlendirilmelidir.
- Beslenme: Düzenli deniz balığı tüketimini içeren Akdeniz mutfağı özellikle önerilir ve tuzdan, doymuş yağ asitlerinden, kırmızı etten ve şarküteri ürün-lerinden kaçınılmalıdır. Ayrıca meyve ve sebze tüketiminin artırılması (en iyisi: Günde 5 porsiyon, ancak burada bir porsiyon, avuç içine sığacak miktara denktir). Arteriyel hipertansiyon (yüksek tansiyon) mevcut olması durumunda, yemek tuzu tüketiminin azaltılmasını öneriyoruz.
- Alkol: Haftada en az 2 gün alkolsüz olun. Alkol tüketiminde aşağıdaki sınır değerler geçerlidir:
 - Kadınlar için: günde en fazla 0,25 l bira ya da 50 ml şarap
 - Erkekler için: günde en fazla 0,5 l bira ya da 100 ml şarap
- Tütün ürünleri: Sigara ve diğer nikotin ürünlerini bırakın veya en azından mümkün olduğunca azaltın.

Nikotin bandı gibi nikotin destek ürünleri ve nikotini bırakmaya yönelik danışmanlık hizmetleri (www.rauch-frei-info.de ya da www.anbieter-raucherberatung.de) yardımcı olabilir. Elektronik sigaraya geçiş yapmak yeterli bir çözüm değildir.

- Aşırı ısı etkisinden kaçınılması: Bu du-rum, riskli kişilerde bir inmeye yol açabilir. Düzenli olarak serinlemeye ve yeterli miktarda sıvı tüketmeye dikkat edin.



12. Rehabilitasyon

İnme sonrası, en iyi tedaviye rağmen bazı kişilerde kalıcı fonksiyon bozuklukları (örn. felç, konuşma bozukluğu, yutma bozukluğu) görülebilir. Bu durumlar rehabilitasyon tedavisi gerektirir. Rehabilitasyon tedavisinin amacı, kişinin günlük yaşam becerilerini ve yaşam kalitesini yeniden kazanmasına yardımcı olmak ve sinir sistemi ile ilgili fonksiyonları mümkün olan en iyi şekilde iyileştirmektir.

Almanya'da rehabilitasyon, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR / Federal Rehabilitasyon Çalışma Grubu) evre modeline göre sınıflandırılır:

- Evre A: Hastanede yapılan akut tedavi dönemidir (rehabilitasyon değildir).
- Evre B: Hastanın durumu ağırdır. İş birliği yapamaz veya çok sınırlıdır. Yoğun tıbbi tedavi ve bakım gerekir.
- Evre C: Hasta kısmen iş birliği yapabilir, ancak hâlâ yoğun bakım ve tedaviye ihtiyaç duyar.
- Evre D: Hasta günlük işlerini büyük ölçüde kendi başına yapabilir. Daha az desteğe ihtiyaç vardır. Bu aşamada tedavi hastanede veya ayakta devam edebilir.
- Evre E: Mesleğe dönüşü destekleyen özel rehabilitasyon uygulanır. Genellikle standart rehabilitasyondan sonra yapılır.

- Evre F: Kalıcı bakım gerektiren durumlar için uzun süreli destek sağlanır (rehabilitasyon değildir). Tedaviye iyi yanıt verilirse, bir üst evreye geçilebilir. Bazı durumlarda yaşlı hastalar için özel (geriatrik) rehabilitasyon da uygulanabilir. Alternatif olarak, yaşlı kişiler için geriatrik rehabilitasyon da söz konusu olabilir. Tedavi ekibi, size uygun rehabilitasyon yöntemi önerisinde bulunacaktır.

13. İnme Sonrası Bakım

İnme, çok yönlü ve kronik bir hastalıktır. Akut ve rehabilitasyon tedavilerindeki başarılarla rağmen, çoğu zaman uzun süreli takip ve tedavi gerektiren karmaşık fonksiyonel kısıtlılıklara yol açar. Birçok fonksiyonel kısıtlılık, düzenli ve istikrarlı bir şekilde sürdürülen ayakta tedavi ile azaltılabilir. Amaç, inme sonrasında mümkün olan en iyi yaşam kalitesini ve günlük hayata katılımı sağlamaktır. Tedavinin devamı en iyi şekilde nöroloji uzmanınız ve aile hekimliğinizin yakın iş birliği ile yürütülmelidir. Mevcut sorunlarınızı, devam eden tedavi sürecini değerlendirmek için doktorunuzla düzenli görüşün. Dünya genelinde geçerli olan Post-Stroke-Checkliste (İnme Sonrası Kontrol Listesi)'ni (bkz. no. 16) doldurarak randevunuza hazırlanabilir ve doktorların en önemli sorunlara

odaklanmasına yardımcı olabilirsiniz. Olası şikayetler ve sorunlar arasında şunlar yer alır:

- Felçler ve duyu bozuklukları
- Spastik hareket bozukluğu
- Yürüme dengesizliği, hareket kısıtlılığı ve düşmeler
- İletişim bozuklukları
- Yutma bozuklukları
- Görme bozuklukları
- Sürekli yorgunluk/halsizlik (bitkinlik)
- Dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, bilişsel kısıtlılık ve demans
- Nöbet hastalıkları / epilepsiler
- Depresyon ve kaygı bozukluğu
- Kişilik değişiklikleri
- Ağrılar
- Tuvalet tutma sorunları (mesane, bağırsak)
- Örn. yakınlar ve arkadaşlar ile sosyal ilişkilerde kısıtlılık
- İş göremezlik / mesleki iş göremezlik
- Sürüş yeterliliğinde kısıtlılık (ayrıca bkz. no. 14)

14. Motorlu Taşıt Kullanma Yeterliliği

İnme, trafikte sürüş yeterliliğini olumsuz etkileyebilir. Yeni bir inme geçirme riskine bağlı olarak, inmeden sonraki 1 ilâ 6 aylık süre boyunca motorlu taşıt kullanma yeterliliği bulunmamaktadır (bekleme süresi). Bu süreden sonra araç kullanma durumu, kişinin kalan fiziksel ve zihinsel durumuna ve bu durumların ne kadar telafi edilebildiğine göre yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu konu hakkında nöroloji uzmanınızdan veya aile hekiminizden bilgi alınız. Mesleki sürücüler ve yolcu taşıyan kişiler (Grup 2 araçlar: Kamyon, otobüs) için özel kurallar geçerlidir. Daha ayrıntılı bilgi için Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Alman İnme Yardım Vakfı) broşüründe ve Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt / Federal Karayolları Kurumu) tarafından yayınlanan "Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung" (Motorlu Taşıt Kullanma Yeterliliği Değerlendirme Kılavuzu) altında bulabilirsiniz.



<https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/service/publikationen/publikation/did/autofahren-nach-schlaganfall>



<https://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/BLL-Download.html>

15. Daha Ağır Kalıcı Engellilik Durumunda Önemli Tedbirler:

- Ağır engellilik başvurusu:

Başvuru işlemleri için yetkili Sosyal Yardım Dairesine (Versorgungsamt) başvurabilirsiniz. Grad der Behinderung/GdB (Engellilik derecesi) tespiti, genellikle mevcut tıbbi raporlara göre belirlenir. Bazı durumlarda bilirkişi muayenesi gerekebilir. GdB (Engellilik Derecesi) 50 ve üzeri olduğunda, ağır engellilik söz konusudur.

- Pflegegrad (bakım derecesi)

başvurusu: Altı aydan fazla süreceği öngörülen ve kalıcı olan kısıtlılık durumunda bir Pflegegrad (bakım derecesi) için başvuruda bulunmalısınız. Pflegegrad (bakım derecesi) değerlendirmesi çoğu zaman ev ziyareti yoluyla gerçekleştirilen bir bilirkişi incelemesiyle yapılır.

• Henüz bir Pflegegrad (bakım derecesi) bulunmuyorsa, ilk başvurunun yapılması gerekmektedir (Madde 33 Alman Sosyal Kanunu (SGB) XI)

Yetkili Pflegeversicherung (bakım sigortası) birimine form doldurmaksızın bir yazı gönderilmesi veya telefon/internet üzerinden bildirim yapılması yeterlidir.

• Bakıma ihtiyaçlık ve destek hizmetleri konularında bir danışmanlık her zaman yetkili Pflegeversicherung (bakım sigortası) veya bağımsız bir bakım destek noktası ya da bakım danışma merkezi aracılığıyla mümkündür.

• Hâlihazırda bir Pflegegrad (bakım derecesi) bulunuyorsa, durum kötüleştiğinde daha yüksek bir derece için Pflegeversicherung (bakım sigortası) birimine Höherstufung (derece yükseltme) başvurusu yapılabilir.

- **Haushaltshilfe (ev işlerine yardım desteği):** Hâlihazırda bir Pflegegrad (bakım derecesi) bulunuyorsa, bir Haushaltshilfe (Ev işlerine yardım desteği) finansmanı için söz konusu Entlastungsbetrag (ek destek tutarı) (Madde 45b Alman Sosyal Kanunu (SGB) XI) kullanılabilir. Henüz bir Pflegegrad (bakım derecesi) bulunmuyorsa, belirli koşullar altında Verordnung von Übergangspflege (geçiş bakımı düzenlemesi) (§ 39e Alman Sosyal Kanunu (SGB) V) aracılığıyla bir Haushaltshilfe (ev işlerine yardım desteği) alabilme olanağı mevcuttur.

16. Önemli İletişim Bilgileri

- Ücretsiz danışmanlık hizmetini sağlık veya bakım sigortası sandığından alabi-lirsiniz

- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
(Alman İnme Yardım Vakfı)

www.schlaganfall-hilfe.de

Tel: 05241 9770-0



- Patientenservice der kassenärztlichen
Bundesvereinigung (Federal Sözleşmeli
Hekimler Birliği Hasta Servisi);

Tel. 116117 ya da

www.116117.de



- Ergänzende unabhängige Teilhabe-
beratung (EUTB / Tamamlayıcı Bağımsız
Katılım Danışmanlığı)

www.teilhabeberatung.de

Tel: 030 284 09-139, -140

E-Posta: fachstelle@teilhabeberatung.de



- Bölgesel bakım danışma merkezi

www.zqp.de/beratung-pflege

E-Posta: info@zqp.de



- Post-Stroke-Checkliste (PSC / İnme
Sonrası Kontrol Listesi);

[https://www.world-stroke.org/assets/
downloads/psc-gemany-version-wso-
livery-05-20-13.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/psc-gemany-version-wso-livery-05-20-13.pdf)



Kaynak

1 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/07/030133_LL_Sekunda%CC%88rprophylaxe_Teil-1_2022_final_korr.pdf



2 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/030143_LL_Se-kunda%CC%88rprophylaxe_Teil2_2022_V1.1_1670949892924.pdf



3 https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-046p_S2e_Akuttherapie-des-ischaeemischen-Schlagan-falls_2022-11-verlaengert.pdf



4 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/0_030-002l_S2k_Behandlung-von-spontanen-intrazere-bralen-Blutungen_2022-03-verlaengert_1708601961438.pdf

